

# Alcoholgebruik onder Utrechtse jeugd

## Aandachtsgroepen voor preventie

Liesbeth Faber, Bouwine Carlier, Hanneke Schreurs, Joke Roelofs,  
Emely de Vet en Erik van Ameijden\*

Het alcoholgebruik onder Nederlandse jongeren is hoog en zorgwekkend. Ze drinken steeds meer en beginnen vroeger. Een van de speerpunten van het programma Psychosociale Gezondheid van de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst te Utrecht is de aanpak van alcoholgebruik onder jongeren. Om preventief beleid gericht te kunnen inzetten is inzicht in aandachtsgroepen voor preventie een vereiste. Hiervoor zijn gegevens geanalyseerd van ruim 1.900 Utrechtse jongeren van 12-15 jaar om aandachtsgroepen voor ooitgebruik en overmatig gebruik te onderscheiden. Om de betrouwbaarheid van de resultaten te vergroten, zijn deze getoetst bij sleutelfiguren in de gemeente Utrecht.

- \* L. Faber MSc was ten tijde van het onderzoek stagiaire bij de Afdeling Gezondheidsbevordering en Epidemiologie, Unit Epidemiologie en Informatie van de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst Utrecht.
- Drs. B. Carlier is onderzoeker bij de Afdeling Gezondheidsbevordering en Epidemiologie, Unit Epidemiologie en Informatie van de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst Utrecht.
- Drs. H. Schreurs is senior-epidemioloog bij de Afdeling Gezondheidsbevordering en Epidemiologie, Unit Epidemiologie en Informatie van de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst Utrecht. E-mail: h.schreurs@utrecht.nl.
- Drs. J. Roelofs is projectleider psychosociale gezondheid bij de Afdeling Gezondheidsbevordering en Epidemiologie, unit Gezondheidsbevordering van de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst Utrecht.
- Dr. E. de Vet is universitair docent preventie bij de Faculteit der Aard- en Levenswetenschappen, Instituut voor Gezondheidswetenschappen, van de Vrije Universiteit te Amsterdam en onderzoeker bij de Faculteit Sociale Wetenschappen, Afdeling Klinische en Gezondheidspsychologie, van de Universiteit Utrecht.
- Dr. E. van Ameijden is unithoofd bij de Afdeling Gezondheidsbevordering en Epidemiologie, Unit Epidemiologie en Informatie van de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst Utrecht.

### Inleiding

Het alcoholgebruik onder Nederlandse jongeren is hoog en zorgwekkend. Jongeren zijn steeds meer gaan drinken en beginnen vroeger met drinken. Zo is het 'binge-drinken', waarbij tijdens een gelegenheid minimaal vijf glazen worden gedronken, steeds populairder (VWS, 2007). Nederlandse scholieren stonden in 2003 in de top-3 van landen met het hoogste percentage binge-drinkers onder jongeren (28%; Hibell e.a., 2004).

Recente bevindingen van het Trimbos-instituut tonen wel dat het aantal scholieren dat ooit alcohol heeft gedronken in 2007 (79%) is gedaald ten opzichte van 2003 (85%). Hiervan is alleen sprake in de leeftijdsgroep van 12-14 jaar (Monshouwer e.a., 2008). Het alcoholgebruik onder jonge tieners is echter nog steeds hoog. De meeste jongeren drinken hun eerste glas alcohol in de leeftijd van 11-15 jaar. Van de 15-jarige leerlingen heeft 89% al ooit alcohol gedronken (Monshouwer e.a., 2008).

Bovendien is het aantal jongeren dat de afgelopen jaren op de spoedeisende hulp is binnengekomen met een alcoholintoxicatie explosief gestegen. Bij kinderen in de leeftijd van 10-15 jaar is er in de periode 2000-2005 sprake van een verzesvoudiging van het aantal opnames en bij jongeren van 15-19 jaar is een stijging van 160% te zien. Naar schatting is in 14% van de behandelingen ten gevolge van ongevallen en geweld bij jongeren op de spoedeisende hulp alcohol in het spel geweest (Stichting Consument en Veiligheid, 2008; Valkenberg e.a., 2007).

Omdat de hersenen tot het 24ste levensjaar in ontwikkeling zijn, kan alcoholgebruik op jonge leeftijd hersenbeschadiging tot gevolg hebben. Ook vormt gebruik op jonge leeftijd een duidelijk risico voor latere alcoholproblematiek (Verdurmen e.a., 2006). Daarnaast is er nog een aantal andere risico's op de lange termijn van langdurig overmatig alcoholgebruik en binge-drinken, zoals leverziekten, verschillende vormen van kanker en hart- en vaatziekten. Op de korte termijn is er een verhoogd risico op geweld, ongevallen, antisociaal gedrag, onveilige seks, drugsgebruik, leerproblemen en spijbelgedrag (Bellis e.a., 2007). Preventie van alcoholgebruik bij jongeren is door bovenstaande risico's dan ook van groot belang.

Uit eerder onderzoek komt een aantal voorspellers voor (overmatig) alcoholgebruik onder jongeren naar voren. Dit zijn bijvoorbeeld het hebben van positieve verwachtingen over alcohol (Ham & Hope, 2003), toegankelijkheid (d.w.z. hoe gemakkelijker alcohol verkrijgbaar is, des te meer wordt het gedronken; Bellis e.a., 2007; Anderson & Baumberg, 2006), beperkt toezicht door ouders (Clark e.a., 2005),

gebruik door broers en zussen (Rhee e.a., 2003), gezinsdisharmonie (Maggs e.a., 2008) en het wonen in een buurt met slechte behuizing (Hays e.a., 2003). Daarnaast wordt nog een aantal risicogroepen onderscheiden: kinderen van verslaafde ouders (Matthys e.a., 2006), jongeren met gedragsstoornissen zoals 'attention deficit/hyperactivity disorder' (ADHD) en 'conduct disorder' (CD; Elkins e.a., 2007; King e.a., 2006; Verdurmen e.a., 2006), rokers (Schmid e.a., 2007) en spijbelaars (Greene e.a., 1997).

In de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) is vastgelegd dat gemeenten een taak hebben in het monitoren van de alcoholproblematiek en het ontwikkelen van een eigen (preventief) beleid (Van Dalen e.a., 2007). In de gemeente Utrecht is het ontwikkelen van een eigen (preventief) alcoholbeleid opgenomen als een van de speerpunten in het programma Psychosociale Gezondheid van de GG&GD bij de Unit Gezondheidsbevordering. Uit eerder onderzoek naar de Utrechtse situatie is een aantal knelpunten in de preventie van alcoholgebruik naar voren gekomen. Zo is er behoefte aan een aanpak die meer gericht is op risicogroepen (GG&GD Utrecht, 2006; Centrum Maliebaan, 2006). Inzicht in doelgroepen onder de Utrechtse jeugd is nodig om toekomstig preventief beleid zo gericht mogelijk te kunnen inzetten. Voor het huidige onderzoek staat daarom de volgende vraag centraal: welke sociaal-demografische, psychosociale en leefstijlfactoren zijn gerelateerd aan het gebruik en overmatige gebruik van alcohol onder jongeren van 12-15 jaar in Utrecht? Ook wordt er binnen het huidige onderzoek aandacht besteed aan wijkverschillen, omdat er door de GG&GD Utrecht sterk wijkgericht gewerkt wordt. De bevindingen zijn getoetst via interviews met sleutelfiguren in Utrecht (Faber e.a., 2008).

Inzichten in de lokale context uit het huidige onderzoek zullen worden aangeboden voor de *Nota integraal alcoholbeleid 2009-2010* (Gemeente Utrecht, maart 2009) en kunnen daarmee ondersteuning bieden aan de ontwikkeling en implementatie van nieuw alcoholbeleid waarin voor Utrechters onder de 16 jaar niet-gebruiken de centrale boodschap is.

## Methode

### JEUGDMONITOR UTRECHT 2006-2007

Om de gezondheid en het welzijn van de Utrechtse jeugd in kaart te brengen, werd in het schooljaar 2006-2007 in het kader van de Jeugdmonitor Utrecht een enquête afgenomen op dertien scholen voor voortgezet onderwijs (vmbo tot en met gymnasium) door de GG&GD

Utrecht. Voor het onderzoek werden de zestien scholen voor regulier voortgezet onderwijs in Utrecht benaderd. Drie scholen zagen af van deelname.

De Jeugdmonitor is een cross-sectionele studie, gebaseerd op anonieme zelfrapportage. In de maanden juni-juli 2007 werden de vragenlijsten klassikaal schriftelijk of via internet (bij zes scholen) afgenomen.

#### DEELNEMERS

De Jeugdmonitor werd voorgelegd aan alle brug- en derdeklassers van de 13 participerende scholen. Op de deelnemende scholen zaten in het desbetreffende schooljaar 3.767 brug- en derdeklassers. Uiteindelijk werden de vragenlijsten door 2.963 leerlingen ingevuld. Dit is een respons van 79%. Vervolgens werden alleen de leerlingen geselecteerd die in Utrecht woonachtig zijn ( $N = 2.177$ ). De resultaten in het huidige onderzoek hebben daarnaast alleen betrekking op de 12-15-jarigen; dit betreft 1.911 leerlingen.

#### VRAGENLIJST

De enquête-thema's van de Jeugdmonitor werden samengesteld door een vertegenwoordiging van gemeentelijke diensten in Utrecht, waarbij indien mogelijk standaardvraagstellingen voor GGD'en uit de *Lokale en nationale monitor voor gezondheid* zijn gebruikt (zie [www.monitorgezondheid.nl](http://www.monitorgezondheid.nl)).

Voor het huidige onderzoek werden naast alcoholgebruik op basis van wetenschappelijke literatuur de volgende factoren uit de monitor geselecteerd.

#### ALCOHOLGEBRUIK

Voor de afhankelijke variabelen van alcoholgebruik werden twee vragen uit de monitor gebruikt. Dit zijn ten eerste het ooitgebruik van alcohol waarbij de volgende vraag werd gesteld: 'Wat voor alcoholhoudende drank drink je?' Het eerste antwoord was: 'Ik heb nooit alcohol gedronken', en daarop volgend waren er negen antwoordmogelijkheden met verschillende soorten alcoholische drank. Daarnaast is de volgende vraag gesteld: 'Hoe vaak ben je dronken of aangeschoten geweest door het drinken van alcohol?' Hierbij varieerden antwoorden van '0 keer', '1 keer' en 'meer dan 1 keer', waarbij een getal kon worden ingevuld. In de analyses waren beide variabelen dichotoom: '0 keer' versus '1 keer of meer'.

In de analyses met de uitkomstvariabele ‘ooit dronken of aangeschoten’ werden alleen de jongeren betrokken die ooit alcohol hebben gedronken. Deze uitkomstmaat werd gebruikt ter indicatie van overmatig gebruik.

#### SOCIAAL-DEMOGRAFISCHE FACTOREN

In de analyses werden geslacht, leeftijd, etniciteit, schoolniveau en woonwijk meegenomen. Voor het vaststellen van de etniciteit werd de CBS-definitie gehanteerd (Garssen e.a., 2005). Voor de categorie ‘overig’ werd geen splitsing gemaakt in overig westers en overig niet-westers; deze afzonderlijke groepen zijn daarvoor te klein in aantal. Schoolniveau had vijf antwoordcategorieën: vmbo gemengd en kaderberoepsgericht, vmbo theoretische leerweg, havo, havo/vwo en vwo (atheneum, gymnasium).

Om de woonwijk te bepalen, werd door de jongeren hun postcode ingevuld. Voor de analyses werden de woonwijken ingedeeld in grote-stedenbeleidswijken ofwel GSB-wijken (Noordwest, Overvecht, Zuid en Zuidwest; voorrangswijken voor het aanpakken van onder andere sociaal-economische gezondheidsverschillen) en niet-GSB-wijken.

#### PSYCHOSOCIALE FACTOREN

- Gebroken gezin. ‘Nee’ (woonachtig bij eigen vader en moeder) versus ‘ja’ (niet woonachtig bij beide eigen ouders).
- Verslaving ouder of broer/zus. Aan de jongeren werd gevraagd of zij een verslaafde ouder of broer of zus (aan alcohol, drugs en/of gokken) hebben of dit hebben meegemaakt. Antwoorden waren ‘nee’, ‘meegemaakt’ en ‘ja’. Voor de analyses werd de variabele gedichotomiseerd, waarbij de antwoorden ‘ja’ en ‘meegemaakt’ werden samen genomen nadat uit univariate toetsing bleek dat deze twee groepen niet tot nauwelijks van elkaar verschilden in alcoholgebruik.
- Ouderbetrokkenheid. Er werden zes vragen gesteld, zoals: ‘Hebben je ouders voldoende tijd voor je gehad?’, en: ‘Heb je met je ouders kunnen praten als je dat wilde?’ (zie [www.monitorgezondheid.nl](http://www.monitorgezondheid.nl)). Op basis van deze vragen werd een score berekend op een schaal van 0-100 (hoe hoger, des te positiever). Ouderbetrokkenheid werd als continue variabele in de analyses meegenomen.
- Problemen thuis. Aan de jongeren werden vijf vragen gesteld over problemen die thuis kunnen voorkomen, zoals zich vaak alleen voelen staan, veel ruzie thuis en denken aan weglopen (Baecke, 1987). Er werd één variabele aangemaakt, waarbij jongeren die minimaal een van deze vragen bevestigend hadden beantwoord samen werden genomen, ten opzichte van jongeren zonder problemen thuis.

- *Spijbelgedrag*. Over spijbelgedrag werd de jongere gevraagd of hij of zij in de afgelopen vier weken gespijbeld heeft (dichotoom, nee versus ja).
- *Gedragsproblemen*. Dit werd gemeten met de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman, 1997). Voor gedragsproblematiek werden vijf stellingen voorgelegd ter indicatie van (externaliserende) gedragsstoornissen als ‘conduct disorder’ (CD) en ‘oppositional defiant disorder’ (ODD). Berekening van afkappunten werd gedaan volgens de normen van Goodman, waaruit drie categorieën zijn gekomen: ‘normale score’, ‘grensgebied’ en ‘zorgelijke score’. Voor de huidige analyses werd de variabele gedichotomiseerd, waarbij ‘grensgebied’ en ‘zorgelijke score’ werden samengevoegd nadat uit univariate analyse bleek dat deze twee groepen niet tot nauwelijks van elkaar verschilden in alcoholgebruik.

#### LEEFSTIJLFACTOREN

- *Roken*. Voor de analyses werd roken gedichotomiseerd: ‘rookt nu niet’ versus ‘rookt nu wel’.
- *Cannabisgebruik*. Jongeren werd gevraagd of ze ooit hasj of wiet hebben gebruikt (dichotome variabele; nee versus ja).

#### RAADPLEGEN SLEUTELFIGUREN

Voor de toetsing van bevindingen uit de kwantitatieve analyses werden er twaalf semi-gestructureerde interviews gehouden. Geïnterviewd zijn een kinderarts en spoedeisende-hulpartsen en -verpleegkundigen van Utrechtse ziekenhuizen, een jeugdbehandelaar van een instelling voor verslavingszorg te Utrecht, een zorgcoördinator en een schoolmaatschappelijk werker van twee Utrechtse scholen voor regulier voortgezet onderwijs, drie Utrechtse sportverenigingen, de gemeentelijke dienst Wijkbureau Binnenstad en een jongerenpanel van negen Utrechtse jongeren.

#### ANALYSES

De statistische analyses werden verricht met het programma SPSS 15.0 voor Windows. De groepsverschillen in alcoholgebruik werden getoetst met behulp van de chikwadraattoets. Ouderbetrokkenheid, een continue variabele, werd getoetst met behulp van een t-toets. Om samenhang tussen de onafhankelijke variabelen en de afhankelijke variabelen ooitgebruik en overmatig gebruik te identificeren, werden multivariate logistische regressieanalyses uitgevoerd. Alle onafhankelijke variabelen werden ongeacht significantieniveau in drie blokken toegevoegd, met in blok 1 sociaal-demografische leefstijlvariabelen

(geslacht, leeftijd, etniciteit, schoolniveau en woonwijk), in blok 2 extra psychosociale leefstijlvariabelen (woonsituatie, verslaving ouder en broer/zus, ouderbetrokkenheid, problematiek thuis, spijbelgedrag en gedragsproblemen) en in blok 3 extra leefstijlvariabelen (roken en cannabisgebruik).

De interviews werden geanalyseerd met behulp van het kwalitatieve analyseprogramma MAXqda.

## Resultaten

De onderzoekspopulatie bestond voor 45% uit jongens en voor 55% uit meisjes. De meest voorkomende leeftijdscategorieën waren 13 jaar (39%) en 15 jaar (31%); 19% was 14 jaar en 11% 12 jaar. Het merendeel van de jongeren was autochtoon (53%), gevolgd door jongeren van Marokkaanse afkomst (20%). Van de jongeren was verder 9% van Turkse afkomst, 6% van Surinaamse, Antilliaanse of Arubaanse afkomst en 12% had een andere afkomst. Iets minder dan de helft van de jongeren woonde in de GSB-wijken Noordwest, Overvecht, Zuid en Zuidwest (46%). De grootste groep jongeren volgde het havo/vwo (28%) gevolgd door vmbo gemengd en kaderberoepsgericht (24%); volgde 19% vmbo-tl, 11% havo en eveneens 19% vwo.

Van de onderzoekspopulatie had 41% ( $n = 777$ ) ooit alcohol gebruikt. Binnen de groep van ooitgebruikers had 51% ( $n = 380$ ) overmatig alcohol gebruikt.

### SOCIAAL-DEMOGRAFISCHE FACTOREN EN ALCOHOLGEBRUIK

Leeftijd, etniciteit en schoolniveau bleken uit de multivariate toetsing significant gerelateerd te zijn aan ooitgebruik van alcohol. Hierbij gold dat jongeren van 13-15 jaar (referentiegroep: 12-jarigen) en jongeren van autochtone afkomst een hogere kans hadden op ooitgebruik. Ten aanzien van schoolniveau bleken jongeren op het vmbo-tl een hogere kans te hebben op ooitgebruik dan jongeren op het vmbo gemengd en kaderberoepsgericht. Voor de andere schoolniveaus werden ten opzichte van de referentiegroep geen significante verschillen gevonden (zie tabel 1).

Voor overmatig gebruik bleek alleen leeftijd een significante voorspeller te zijn, waarbij jongeren van 13-15 jaar een hogere kans hadden op overmatig gebruik (zie tabel 2). Uit de chikwadraattoets was een forse stijging van zowel ooitgebruik als overmatig gebruik te zien bij de groep 13-14 jaar en die van 14-15 jaar.

**Tabel 1. Uitkomsten logistische regressieanalyse met de afhankelijke variabele ooitgebruik.<sup>1</sup>**

	Model 1		Model 2		Model 3	
	OR	95% BI	OR	95% BI	OR	95% BI
<i>Sociaal-demografische factoren</i>						
Geslacht	1,04	0,83- 1,31	0,97	0,76- 1,24	0,95	0,74- 1,22
Leeftijd	2,19 <sup>***</sup>	1,93- 2,50	2,08 <sup>***</sup>	1,81- 2,39	1,94 <sup>***</sup>	1,68- 2,23
<i>Etniciteit</i>						
- Nederlands (referentiegroep)	1,00		1,00		1,00	
- Surinaams, Antilliaans of Arubaans	0,75	0,48- 1,12	0,71	0,44- 1,13	0,71	0,44- 1,15
- Marokkaans	0,03 <sup>***</sup>	0,02- 0,05	0,02 <sup>***</sup>	0,01- 0,04	0,03 <sup>***</sup>	0,01- 0,05
- Turks	0,09 <sup>***</sup>	0,06- 0,15	0,07 <sup>***</sup>	0,04- 0,12	0,06 <sup>***</sup>	0,03-1,11
- Overig	0,63 <sup>**</sup>	0,46- 0,87	0,57 <sup>**</sup>	0,40- 0,80	0,61 <sup>**</sup>	0,43- 0,87
<i>Schoolniveau<sup>2</sup></i>						
- vmbo gemengd + kb (referentiegroep)	1,00		1,00		1,00	
- vmbo theoretische leerweg	1,47	1,00- 2,15	1,52 <sup>*</sup>	1,00- 2,30	1,55 <sup>*</sup>	1,00- 2,39
- havo	1,32	0,84- 2,06	1,56	0,98- 2,51	1,54	0,94- 2,52
- havo/vwo	1,15	0,80- 1,65	1,34	0,92- 1,97	1,42	0,96- 2,11
- vwo	0,93	0,63- 1,36	1,17	0,78- 1,76	1,26	0,83- 1,92
Woonwijk	1,07	0,82- 1,34	1,10	0,85- 1,42	1,05	0,80- 0,137
<i>Psychosociale factoren</i>						
Gebroken gezin - Nee			1,22	0,91- 1,64	1,18	0,87- 1,59
Verslaafde ouder			1,70	0,92- 3,15	1,44	0,76- 2,73
Verslaafde broer/zus			4,14 <sup>**</sup>	1,69- 10,12	3,01 <sup>*</sup>	1,17- 7,75
Ouderbetrokkenheid			0,99	0,99- 1,00	1,00	0,99- 1,00



Minimaal één probleem thuis	2,24 <sup>***</sup>	1,69-2,98	2,24 <sup>***</sup>	1,67-3,01
Spijbelen laatste vier weken	3,72 <sup>***</sup>	2,51-5,40	2,91 <sup>***</sup>	1,93-4,39
Gedragsproblemen	2,04 <sup>***</sup>	1,45-2,86	1,78 <sup>**</sup>	1,25-2,54
<i>Leefstijlfactoren</i>				
Roken nu			5,35 <sup>***</sup>	2,63-10,85
Cannabisgebruik ooit			20,70 <sup>***</sup>	4,15-103,15

<sup>1</sup> 0 = nooit alcohol gedronken, 1 = ooit alcohol gedronken. <sup>2</sup> De schoolniveaus havo en vwo bestaan voornamelijk uit leerlingen van de derde klas. N = 1.803, Nagelkerke R<sup>2</sup> = 0,52; \* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,000.

Woonachtig zijn in een GSB-wijk bleek geen onafhankelijke voorspeller te zijn voor ooit of overmatig alcoholgebruik.

Door de geraadpleegde sleutelfiguren werden deze bevindingen herkend. Meisjes werden echter ook als aandachtsgroep voor preventie naar voren gebracht.

#### PSYCHOSOCIALE FACTOREN EN ALCOHOLGEBRUIK

Uit de multivariate analyse kwam naar voren dat jongeren met een (eerdere) verslaafde broer of zus, jongeren met minimaal één probleem thuis, spijbelaars en jongeren in het grensgebied of de zorgelijke zone voor gedragsproblemen een grotere kans hadden op ooitgebruik (zie tabel 1). Aan overmatig alcoholgebruik bleek uit de multivariate analyse alleen spijbelgedrag significant gerelateerd te zijn. Ook hierbij gold dat spijbelaars een grotere kans hadden op overmatig alcoholgebruik (zie tabel 2).

**Tabel 2. Uitkomsten logistische regressieanalyse met de afhankelijke variabele overmatig gebruik.<sup>1</sup>**

	Model 1		Model 2		Model 3	
	OR	95% BI	OR	95% BI	OR	95% BI
<i>Sociaal-demografische factoren</i>						
Geslacht	1,00	0,73-1,38	0,92	0,65-1,30	0,65	0,64-1,33
Leeftijd	1,97 <sup>***</sup>	1,63-2,39	2,08 <sup>***</sup>	1,69-2,55	1,87 <sup>***</sup>	1,50-2,33
<i>Etniciteit</i>						
- Nederlands (referentiegroep)	1,00		1,00		1,00	

- Surinaams, Antilliaans of Arubaans	0,95	0,51-1,78	0,98	0,50-1,91	0,93	0,46-1,90
- Marokkaans	0,95	0,30-3,03	0,59	0,17-2,06	0,67	0,17-2,58
- Turks	0,76	0,29-2,00	0,63	0,22-1,80	0,33	0,09-1,19
- Overig	0,75	0,47-1,18	0,67	0,41-1,08	0,78	0,47-1,29
Schoolniveau <sup>2</sup>						
- vmbo gemengd + kb						
(referentiegroep)	1,00		1,00		1,00	
- vmbo-tl	0,68	0,39-1,19	0,69	0,38-1,25	0,63	0,36-1,19
- havo	0,77	0,42-1,38	0,86	0,46-1,61	0,73	0,38-1,43
- havo/vwo	0,84	0,48-1,46	0,93	0,52-1,67	0,93	0,51-1,72
- vwo	0,87	0,50-1,51	1,10	0,61-1,96	1,18	0,64-2,17
Woonwijk	1,14	0,81-1,61	1,19	0,82-1,71	1,09	0,73-1,59
Psychosociale factoren						
Gebroken gezin - Nee			1,50*	1,01-2,22	1,46	0,96-2,22
Verslaafde ouder			0,99	0,50-1,96	0,87	0,42-1,80
Verslaafde broer/zus			3,53*	1,23-10,11	2,56	0,83-7,84
Ouderbetrokkenheid			1,00	0,99-1,01	1,01	1,00-1,02
Minimaal één probleem thuis			1,45*	1,01-2,10	1,48	1,00-2,19
Spijbelen laatste vier weken			3,57***	2,35-5,43	2,87***	1,84-4,47
Gedragsproblemen			1,62*	1,05-2,50	1,31	0,82-2,08
Leefstijlfactoren						
Roken nu					2,92***	1,61-5,31
Cannabisgebruik ooit					7,63***	3,42-16,97

<sup>1</sup> Binnen de groep van ooitgebruikers, waarbij 0 = geen overmatig gebruik, 1 = wel overmatig gebruik. <sup>2</sup> De schoolniveaus havo en vwo bestaan voornamelijk uit leerlingen van de derde klas. N = 702, Nagelkerke R<sup>2</sup> = 0,36. \* p < 0,05, \*\* p < 0,01, \*\*\* p < 0,001.

Bovenstaande aandachtsgroepen werden door de sleutelfiguren bevestigd. Daarnaast werd nog een aantal andere factoren genoemd in rela-

tie tot alcoholgebruik bij jongeren: lage ouderbetrokkenheid (drukbezette ouders, weinig toezicht en sturing, grenzeloosheid bij ouders), gezinsproblematiek (alleenstaande ouders, scheiding, gezinsspanningen, ziekte ouder) en gedragsproblemen bij jongeren.

#### LEEFSTIJLFACTOREN EN ALCOHOLGEBRUIK

Jongeren die roken en ooit cannabis hebben gebruikt, hadden vaker zowel ooit als overmatig alcohol gebruikt. Deze verbanden waren onafhankelijk verklarend (zie tabel 1 en 2). Ook deze verbanden werden door de geraadpleegde sleutelfiguren herkend.

#### Conclusie en discussie

Dit onderzoek onder 1.911 Utrechtse jongeren in de leeftijd van 12-15 jaar toont aan dat jongeren van 13-15 jaar, autochtone jongeren en jongeren op het vmbo-tl onafhankelijke aandachtsgroepen voor ooitgebruik van alcohol zijn. Andere factoren die een rol spelen in ooitgebruik zijn het hebben van een verslaafde broer of zus, minimaal één probleem thuis, spijbelen, gedragsproblemen, roken en cannabisgebruik. Onafhankelijke voorspellers voor het overmatige alcoholgebruik binnen de groep van ooitgebruikers waren de leeftijd 13-15 jaar, spijbelgedrag, roken en cannabisgebruik. Het woonachtig zijn in GSB-wijken bleek geen rol te spelen. Door sleutelfiguren werden een lage ouderbetrokkenheid, gezinsproblematiek en gedragsproblemen nog benoemd als voorspellers van alcoholgebruik door jongeren. Bij het interpreteren van de resultaten moet rekening gehouden worden met beperkingen en sterke punten van het onderzoek. Allereerst is de Jeugdmonitor een cross-sectionele studie. Hierdoor kunnen geen uitspraken over de causaliteit van verbanden worden gedaan. Longitudinaal onderzoek zou hier meer inzicht in kunnen geven.

De gebruikte vragenlijst levert alleen een indicatie voor overmatig alcoholgebruik; voor jeugd bestaat hier geen algemene definitie voor. De variabele dronkenschap zegt niets over de absolute hoeveelheid die gedronken is of van de frequentie van overmatig gebruik, maar kan wel iets zeggen over het risico dat de jongere loopt. Gezien de jonge doelgroep werd deze maat daarom als voldoende relevant beschouwd. Ook is niet gevraagd waar de leerlingen alcohol hebben gedronken. Dit bemoeilijkt de inzet van gerichte preventie. Verder is het, ondanks de anonieme afname, mogelijk dat vragen sociaal-wenselijk zijn beantwoord. Dit zou vooral het geval kunnen zijn bij Turkse en Marokkaanse leerlingen, gezien de gevoeligheid van het onderwerp alcoholgebruik bij moslimjongeren en de angst dat geschreven antwoorden bekend raken (Dotinga e.a., 2004).

Spijbelgedrag, roken en drugs zijn (vaak) uitingen van een onderliggende problematiek. Het zijn in die zin, evenals alcoholgebruik, uitkomstmaten. Door deze items mee te nemen in de multivariate analyses bestaat het gevaar van overcorrectie. Voor het vinden van doelgroepen voor alcoholpreventie zijn ze echter wel relevant en informatief; daarom is besloten ze mee te nemen in de analyses. Om dezelfde reden is ervoor gekozen om - in plaats van ooit - actueel spijbelgedrag en rookgedrag mee te nemen. Hierdoor is er wel sprake van een verschil in meetmoment met alcoholgebruik.

Tot slot is de Jeugdmonitor alleen afgenomen op scholen voor regulier voortgezet onderwijs in de gemeente Utrecht. Hierdoor worden schooluitvallers, leerlingen van het speciaal onderwijs en Utrechtse jongeren die buiten Utrecht naar school gaan, gemist. Zij kunnen echter wel een aandachtsgroep vormen.

Punten die het huidige onderzoek sterk maken, zijn de grootte van de steekproef en de geschatte respons onder leerlingen van de deelnemende scholen van 79%. De leerlingen binnen dit onderzoek vormen een representatieve afspiegeling van de Utrechtse populatie in de leeftijd van 12-15 jaar. Verder is er naast univariate toetsing ook multivariaat getoetst. Hierdoor is zoveel mogelijk gecorrigeerd voor 'confounding'. Tot slot draagt de anonimiteit van de vragenlijst bij aan de betrouwbaarheid van de resultaten.

Om doelgroepen voor preventie beter te kunnen duiden, wordt hieronder dieper ingegaan op de resultaten. Ten eerste is een forse stijging van gebruik te zien van 13 naar 15 jaar. Dit komt overeen met (inter)nationale bevindingen (Currie e.a., 2008). Volgens de wet mogen jongeren onder de 16 geen alcohol kopen. Toch bleek uit de univariate analyses dat bijna 60% van de 15-jarige Utrechtse jongeren alcohol heeft gedronken. De Utrechtse jeugd zit echter wel onder het landelijke gemiddelde en begint later met drinken. Zo heeft ruim een kwart van de 12-jarige Utrechtse jongeren ooit alcohol gedronken, terwijl dit landelijk ruim de helft van de 12-jarigen is (Monshouwer e.a., 2008). Dit verschil komt grotendeels door het relatief hoge percentage allochtone leerlingen in Utrecht.

Wanneer wordt gekeken naar ooitgebruik, dan hebben Turkse en Marokkaanse jongeren een significant lagere kans op ooitgebruik dan andere jongeren. Binnen de groep overmatige drinkers is dit verschil er niet meer. Als deze jongeren drinken, drinken ze evenveel als andere jongeren. Uit landelijke gegevens komt eveneens naar voren dat de hoeveelheid die per keer gedronken wordt, niet verschilt per etnische groepering (Monshouwer e.a., 2002). Daarnaast werd door sleutel-

guren benadrukt dat experimenteren met alcohol door veel verschillende jongeren gebeurt; preventie zou zich daarom op alle etnische groepen moeten richten (Faber e.a., 2008).

Spijbelgedrag was zowel sterk gerelateerd aan ooitgebruik als aan overmatig gebruik van alcohol. Deze resultaten bevestigen wat bekend is uit de (inter)nationale literatuur, waarin ook een positieve relatie tussen drink- en spijbelgedrag werd gevonden (Maggs e.a., 2008; O'Malley e.a., 1998; Pitkänen e.a., 2008). Naast spijbelgedrag werd een aantal andere psychosociale factoren gevonden die sterk gerelateerd waren aan alcoholgebruik. De (eerdere) aanwezigheid van een verslaafde broer of zus, problematiek thuis en gedragsproblemen bleken gerelateerd aan het ooitgebruik van alcohol. Voor professionals in het veld is het van belang extra aandacht te hebben voor alcoholgebruik bij jongeren met psychosociale problemen.

Roken en cannabisgebruik bleken tevens sterk gerelateerd aan alcoholgebruik. Deze bevindingen komen ook overeen met de literatuur waaruit naar voren komt dat de meerderheid van de rokers ook alcohol gebruikt, terwijl het aantal alcoholgebruikers dat ook rookt veel kleiner is (Schmid e.a., 2007). Daarnaast hebben rokende adolescenten een verhoogd risico op het beginnen met drinken van alcohol en het ontwikkelen van aan alcoholgerelateerde problemen (Mathers e.a., 2006). Ook hebben jongeren die structureel roken en alcohol gebruiken een significant hoger risico op cannabis- en ander middelengebruik (Kokkevi e.a., 2006; Vega & Gil, 2005). Aandacht voor middelengebruik in het algemeen is door bovenstaande bevindingen van belang, waarbij preventie van respectievelijk roken, alcohol en drugs elkaar naar verwachting zullen versterken.

De GSB-wijken kwamen niet uit de analyses naar voren als wijken waar het alcoholgebruik hoger ligt. Dit kan verklaard worden door sociaal-demografische factoren zoals etniciteit en opleidingsniveau, aangezien in GSB-wijken relatief meer jongeren van allochtone afkomst en jongeren met een lager opleidingsniveau wonen. Er zijn ook geen verschillen gevonden tussen type woonwijken en overmatig gebruik. Uit een herhaalde cross-sectionele studie onder inwoners van Utrecht in de leeftijd van 16-54 jaar bleek overmatig alcoholgebruik meer voor te komen onder midden- en hogeropgeleiden. Problematisch alcoholgebruik steeg echter onder lageropgeleiden (Verburg e.a., 2005).

De literatuur laat tegenstrijdigheden zien over de relatie tussen sociaal-economische klasse en alcoholgebruik. Enerzijds komen het wonen in buurten met slechte behuizing of het verkeren in een sociaal-economische achterstandspositie naar voren als risicofactor voor

alcoholgebruik (Droomers e.a., 2003; Hays e.a., 2003). Anderzijds is er vaak geen verband gevonden tussen gezinnen met een laag inkomen en frequent middelengebruik bij adolescenten (Hays e.a., 2003). Wat betreft preventiestrategieën ten aanzien van alcohol blijken hoge SES-groepen beter bereikt te worden via massamediale preventieprogramma's dan lage SES-groepen. Een lokale aanpak is daarom voor deze laatste groepen geschikter (Van der Lucht & Verkleij, 2001). Uit bovenstaande kan geconcludeerd worden dat alcoholpreventie zowel in GSB-wijken als niet-GSB-wijken van belang is. Een verschillende aanpak van preventie is wel gewenst.

Naast de doelgroepen voor alcoholpreventie geïdentificeerd in het huidige onderzoek, volgt uit interviews waarin bevindingen uit het huidige onderzoek getoetst zijn (Faber e.a., 2008) en de literatuur nog een aantal andere aandachtspunten voor preventie. Geslacht is hiervan een voorbeeld; er werd geen verschil gevonden tussen Utrechtse jongens en meisjes. Dit komt overeen met landelijke gegevens (Monshouwer e.a., 2008). Hoewel in de Utrechtse ziekenhuizen een officiële registratie ontbreekt, gaven artsen en verpleegkundigen van de spoedeisende hulp tijdens de interviews aan de indruk te hebben dat er minstens evenveel meisjes als jongens met een alcoholintoxicatie binnenkomen (Faber e.a., 2008). Echter, de gevolgen van alcoholgebruik op de hersenen van adolescente meisjes zijn anders dan voor jongens, waarbij meisjes mogelijk kwetsbaarder zijn (Verdurmen e.a., 2006). Geadviseerd wordt extra aandacht te hebben voor meisjes in preventiemaatregelen.

Ouderbetrokkenheid kwam evenmin als significante voorspeller uit de multivariate analyse naar voren. Uit interviews met sleutelfiguren kwamen ouders echter wél als een van de grootste knelpunten naar voren bij de aanpak van alcoholgebruik. Hierbij werd aangedragen dat ouders het probleem niet onderkennen, geen duidelijke regels stellen, zelf ook drinken, hun kinderen alcohol verschaffen, niet met hun kind over gevaren praten en hier zelf nog onvoldoende besef van hebben. Uit onderzoek blijkt dat als ouders hun kind inlichten over de gevaren en strikte regels stellen voor alcoholgebruik, adolescenten later beginnen met drinken (Van der Vorst e.a., 2007). Ouders spelen dus wel degelijk een cruciale rol bij alcoholgebruik van hun kind, ook al is de mate van ouderbetrokkenheid zoals in de monitor gedefinieerd niet onafhankelijk gerelateerd aan alcoholgebruik. Voor preventie van alcoholgebruik onder jongeren wordt het aanbevolen ouders in de voorlichting te betrekken.

## Literatuur

- Anderson, P., & Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe: A public health perspective*. Londen: Institute of Alcohol Studies.
- Baecke, J.A.H. (1987). Project epidemiologie in basisgezondheidsdiensten: de ontwikkeling van een gezondheidsvragenlijst voor adolescenten. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 65, 99-103.
- Bellis, M.A., Hughes, K., Morleol, M., Tocquel, S., & Allen, T. (2007). Predictors of risky alcohol consumption in schoolchildren and their implications for preventing alcohol-related harm. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 2, 15.
- Centrum Maliebaan (2006). *Quick scan risicovol middelengebruik onder de jeugd en jongeren in Utrecht. Ontwikkeling van een gezamenlijke aanpak door de gemeente Utrecht en Centrum Maliebaan*. Utrecht: Centrum Maliebaan.
- Clark, D.B., Thatcher, D.L., & Maisto, S.A. (2005). Supervisory neglect and adolescent alcohol use disorders: Effects on AUD onset and treatment outcome. *Addictive Behaviours*, 30, 1737-1750.
- Currie, C., Nic Gabbhainn, S., Godeau, E., Roberts, C., Smith, R., Currie, D., Pickett, W., Richter, M., Morgan, A., & Barnekow, V. (2008). *Inequalities in young people's health. HBSC international report from the 2005/2006 survey*. Copenhagen: World Health Organization.
- Dalen, W. van, Gacsbaranyi, M., Lemmers, L., & Mulder, J. (2007). *Handleiding lokaal alcoholbeleid: een integrale benadering*. Den Haag: Voedsel en Waren Autoriteit.
- Dotinga, A., Eijnden, R.J.J.M. van den, Bosveld, W., & Garretsen, H.F.L. (2004). Methodological problems related to alcohol research among Turks and Moroccans living in the Netherlands: Findings from semi-structured interviews. *Ethnicity and Health*, 9, 139-151.
- Droomers, M., Schrijvers, C.T., Casswel, S., & Mackenbach, J.P. (2003). Occupational level of the father and alcohol consumption during adolescence; patterns and predictors. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, 704-710.
- Elkins, I.J., McGue, M., & Iacono, W.G. (2007). Prospective effects of attention-deficit/hyperactivity disorder, conduct disorder, and sex on adolescents substance use and abuse. *Archives of General Psychiatry*, 64, 1145-1152.
- Faber, L., Carlier, B., Roelofs, J., Schreurs, H., Ameijden, E.J.C. van, & Vet, de E. (2008). *Risicogroepen alcoholgebruik Utrechtse jongeren en preventieve maatregelen. Rapportage interviews sleutelfiguren*. Utrecht/Amsterdam: Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst Utrecht/Vrije Universiteit.
- Garssen, J., Nicolaas, H., & Sprangers, A. (2005). *Demografie van de allochtonen in Nederland. Bevolkingstrends, derde kwartaal 2005*. Voorburg/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Gemeente Utrecht (2007). *Jeugdmonitor Utrecht. Brugklassers en derdeklassers voortgezet onderwijs. Schooljaar 2006-2007*. Utrecht: Gemeente Utrecht.
- Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst Utrecht (2006). *Nota algemene verslavingszorg 2006*. Utrecht: GG&GD.
- GGD Nederland/Actiz/RIVM (2008). *Lokale en nationale monitor gezondheid*. [www.monitorgezondheid.nl](http://www.monitorgezondheid.nl).
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.



- Greene, J.M., Ennett, S.T., & Ringwalt, C.L. (1997). Substance use among runaway and homeless youth in three national samples. *American Journal of Public Health*, 87, 229-235.
- Ham, L.S., & Hope, D.A. (2003). College students and problematic drinking: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 23, 719-759.
- Hays, S.P., Hays, C.E., & Mulhall, P.F. (2003). Community risk and protective factors and adolescent substance use. *Journal of Primary Prevention*, 24, 125-142.
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnasson, T., Ahlström, S., Balakireva, O., & Kokkevi, A. (2004). *The ESPAD report 2003: Alcohol and other drug use among students in 35 European countries*. Stockholm: CAN.
- King, S.M., Iacono, W.G., & McGue, M. (2004). Childhood externalizing and internalizing psychopathology in the prediction of early substance use. *Addiction*, 99, 1548-1559.
- Kokkevi, A., Nic Gabhainn, S., & Spyropoulou, M. (2006). Early initiation of cannabis use: a cross-national European perspective. *Journal of Adolescent Health*, 39, 712-719.
- Lucht, F. van der, & Verkleij, H. (2001). *Gezondheid in grote steden. Achterstanden en kansen. Themarapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002*. (RIVM-rapport nr. 270555003.) Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Maggs, J.L., Patrick, M.E., & Feinstein, L. (2008). Childhood and adolescent predictors of alcohol use and problems in adolescence and adulthood in the National Child Development Study. *Addiction*, 103, 7-22.
- Mathers, M., Tombourou, J.W., Catalano, R.F., Williams, J., & Patton, G.C. (2006). Consequences of youth tobacco use: a review of prospective behavioural studies. *Addiction*, 101, 948-958.
- Matthys, W., Vanderschuren, L.J.M.J., Nordquist, R.E., & Zonneville-Bender, M.J.S. (2006). *Verslaving: deel 1. Factoren die bij kinderen en adolescenten een risico vormen voor gebruik, misbruik en afhankelijkheid van middelen*. Den Haag: ZonMw Programma Verslaving.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2007). *Hoofddlijnenbrief alcoholbeleid* (20 november). Den Haag: Ministerie van VWS.
- Monshouwer, K., Smit, F., & Spruit, I. (2002). Alcohol-, tabak- en cannabisgebruik bij scholieren naar etnische achtergrond. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 80, 172-177.
- Monshouwer, K., Verdurmen, J., Dorsselaer, S. van, Smit, E., Gorter, A., & Vollebergh W. (2008). *Jeugd en riskant gedrag 2007. Kerngegevens uit het peilstation-onderzoek scholieren*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- O'Malley, P.M., Johnston, L.D., & Bachman, J.G. (1998). Alcohol use among adolescents. *Alcohol Health and Research World*, 22, 85-93.
- Pitkänen, T., Kokko, K., Lyyra, A.L., & Pulkkinen, L. (2008). A developmental approach to alcohol drinking behaviour in adulthood: a follow-up study from age 8 to age 42. *Addiction*, 103, 48-68.
- Rhee, S.H., Hewitt, J.K., Young, S.E., Corley, R.P., Crowley, T.J., & Stallings, M.C. (2003). Genetic and environmental influences on substance initiation, use, and problem use in adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 60, 1256-1264.
- Schmid, B., Hohm, E., Blomeyer, D., Zimmerman, U.S., Schmidt, M.H., Esser, G., & Laucht, M. (2007). Concurrent alcohol and tobacco use during early adolescence characterizes a group at risk. *Alcohol and Alcoholism*, 42, 219-25.



- Stichting Consument en Veiligheid (2008). 600 jongeren per dag in ziekenhuis behandeld na ongeval of geweldincident. Internet: [www.veiligheid.nl](http://www.veiligheid.nl) (20 februari).
- Valkenberg, H., Lely, N. van der, & Brugmans, M. (2007). Alcohol en jongeren: een ongelukkige combinatie. Internet: [www.veiligheid.nl](http://www.veiligheid.nl) (17 augustus).
- Vega, W.A., Gil, A.G. (2005). Revisiting drug progression: Long-range effects of early tobacco use. *Addiction*, 100, 1358-1369.
- Verburg J.A., Toet J., & Ameijden, E.J.C. van (2005). Roken, alcohol- en druggebruik in Utrecht: risicogroepen en sociaal-economische verschillen in 1999 en 2003. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 149, 2113-2118.
- Verdurmen J., Abraham M., Planije M., Monshouwer K., Dorsselaer S. van, Schulten I., Bevers J., & Vollebergh W. (2006). *Alcoholgebruik en jongeren onder de 16 jaar. Schadelijke effecten en effectiviteit van alcoholinterventies*. Trimbo-instituut: Utrecht.
- Vorst H. van der, Engels R.C., Deković M., Meeus W., & Vermulst A.A. (2000). Alcohol specific rules, personality and adolescents alcohol use: A longitudinal person-environment study. *Addiction*, 102, 1064-1075.